1877

Lane Medical Library

Ein Beitrag zur Streitfrage der Existenz der Impetigo contagiosa oder parasitaria (Kohn).

Inaugural-Dissertation

welche nebst beigefügten Thesen

mit Genehmigung der medicinischen Facultät

der Universität zu Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

Sonnabend, den 21. April 1877, 12 Uhr Mittags

in der grossen Aula

öffentlich vertheidigen wird

Hugo Lewkowitsch,

prakt. Arzt.

Opponenten:

1) Dr. med, **Felix Simm**, prakt. Arzt, 2) cand. med. **Max Jacob**.

Druck von A. Neumann in Breslau.

Seinen theuren Eltern

in kindlicher Dankbarkeit

sowie

Seinem lieben Onkel

Albert Fuchs

in dankbarer Zuneigung

gewidmet

vom Verfasser.

Vorwort.

Die Veranlassung zu dieser Arbeit gab mir ein Fall, welchen ich als Assistenzarzt bei Herrrn Dr. O. Soltmann im Augusta-Hospital zu beobachten Gelegenheit hatte. Für das ausserordentliche Interesse, welches mir Herr Dr. Soltmann bei Abfassung meiner Arbeit zuwandte und für die freundliche Bereitwilligkeit, mit der er mir die nothwendige Literatur an die Hand gab, sage ich ihm an dieser Stelle meinen besten Dank.

Ein Beitrag zur Streitfrage der Existenz der Impetigo contagiosa oder parasitaria (Kohn.)

Es ist mir durch die Güte des Herrn Dr. Soltmann Gelegenheit geboten worden, im Augusta-Hospital einen Fall zu beobachten, an den sich einige Betrachtungen knüpfen lassen, die als kleiner Beitrag dienen dürften zur Begründung der Existenz eines Prozesses, welcher wie schon der im Titel citirte Doppelname (Impetigo contagiosa oder parasitaria) andeutet, etwas strittiger Natur ist:

Franz Fremel, 6 Jahr alt, wurde am 20. Februar d. J. in das Augusta-Hospital aufgenommen behufs Operation eines Lymphoma colli, das seit $^3/_4$ Jahren an der Halsgegend in stetem Wachsen begriffen sein sollte. Die Geschwulst begann hinter dem äusseren Rande des sternocleidomastoidens und erfüllte die rechte fossa supraclavicularis. Am 22. Februar erfolgte die Exstirpation des Lymphom's. Trotzdem die Wunde die beste Heiltendenz zeigte, die Eiterung nur sehr unbedeutend war, blieb doch die Temperatur auf 39°—41° C. (Die Temperaturangaben beziehen sich stets auf Messungen im anus.) Am

12. März bekam Patient eine doppelseitige croupöse Pneumonie hinzu. Vom 20. März ab sank die Temperatur mit dem Abnehmen der Pneumonie auf das Normale, nur die Pulsfrequenz hielt sich auffallender Weise bis an den Tod des Patienten in der Höhe von 136—160. Dabei bestand stets Euphorie, Patient hatte nicht die mindesten subjektiven Symptome, und auch der objektive Befund war bis auf die wenigen noch zu hörenden rhonchi, eine mässige rechtseitige Dämpfung und die unbedeutende Wundeiterung so gering, dass man beinahe an die Entlassung des Patienten dachte. Da brach plötzlich im Hospital eine Art Epidemie aus, von der auch unser Patient ergriffen werden sollte. — Am 18. März zeigte sich an einem Knaben, der eben hereingebracht worden war ein Bläschenausschlag. Das Exanthem konnte nicht genauer studirt werden, da die Eltern das Kind unter dem Vorwande, es hätte „die Krätze“ im Hospital bekommen, sofort herausnahmen. Alsbald konnte man aber jenen Ausschlag beobachten an einem Kinde, das in dem Bette nebenan lag, wo jener vermeintliche Krätzfall gelegen. Man entdeckte 3—4 auf der Brust isolirt stehende stecknadelkopfgrosse und grössere wasserhelle Bläschen auf einer sonst ganz normalen Haut. Die Bläschen trockneten jedoch so schnell ein, dass man auch hier nicht Gelegenheit zu genauerem Studium des Exanthems hatte. An Stelle jener Bläschen bemerkte man kleine blaurothe von Epidermis überhäutete Flecke. Allenfalls dachte man hierbei an Varicellen, da dieselben um jene Zeit öfters in der Polyklinik beobachtet wurden. Am 22. März zeigten sich an unserem Franz, der als

Dritter in jener ominösen Reihe lag, die ersten Spuren des Exanthems. Auch hier kamen zuerst an der Brust einzelne kleine wasserklare zerstreut stehende Bläschen, es erfolgte aber eine Eruption nach der anderen, so dass dabei das Exanthem in seinen verschiedensten Stadien zu genauer Beobachtung gelangte. In Bezug auf die Oertlichkeit des Entstehens folgten einander: Brust, Rücken, Kopf und Extremitäten; in Kurzem war der ganze Körper von dem Exanthem bedeckt, fast keine Stelle frei. Unter der behaarten Kopfhaut war die Anordnung der Bläschen so dicht, dass man beim Durchfahren der Haare das Gefühl hatte, als wäre der Kopf mit Hirsekörnern bestreut. Ohne bestimmte Anordnung standen eng aneinander Hirsekorn bis bohnengrosse runde und ovale Blasen, von denen die kleineren einen glasighellen Inhalt zeigten, die grösseren einen mehr trübserösen Character hatten. Die grossen Blasen gingen deutlich durch Umsichwachsen der kleineren hervor, nicht etwa durch Verschmelzung einer Gruppe kleinerer Bläschen. Die Decke der Bläschen war äusserst zart. Die Umgebung der Blase vollständig normal, bot nicht die mindesten Zeichen von entzündlicher Schwellung oder nur Röthung. An manchen Stellen, besonders am Rücken, wo Patient auflag, waren die Blasen geplatzt und eingetrocknet, es waren statt derselben gelbe bis gelblichbraune Borken zu sehen, in ihrer Grösse entsprechend den Blasen, aus denen sie hervorgegangen waren. Beim Abheben der Borken fand man darunter ein schwach nässendes rete; wo die Borken von selbst abgefallen waren, zeigten sich rothblaue überhäutete Flecke. Con-

junctiva und Rachenschleimhaut blieben von jeder Eruption frei. Das Kind verspürte nicht im Geringsten Jucken, hatte überhaupt keinerlei belästigende Symptome seitens des Exanthems. Die mikroskopische Untersuchung auf pflanzliche Parasiten konnte leider ante mortem nicht gemacht werden. — Weil man anfangs doch noch an Varicellen dachte, wurde eine genaue Temperaturmessung angestellt. Sie ergab am 22. März Abendtemp. 38,1 — 23. März Morgentemp. 37,4, Abdtemp. 38,5. 24. März Morgentemp. 38,0, Abdtemp. 38,2. — Die mikroskopische Untersuchung auf pflanzliche Parasiten sollte gemacht werden, als Patient plötzlich am 25. März Dyspnoe bekam, die unsere Aufmerksamkeit so sehr in Anspruch nahm, dass jene beabsichtigte Untersuchung unterblieb. Am 26. starb er unter den Erscheinungen der Erstickung. Das Exanthem stand noch in voller Blüthe, als der Knabe starb.

Die Sektion ergab Folgendes: In beiden Lungen finden sich circumscripte infiltrirte Partien, die luftleer und aus denen Serum und dünnflüssiger Eiter auf Druck hervorquillt. Sämmtliche Bronchialdrüsen und die Drüsen beider Mittelfellräume sind hochgradig vergrössert. Ein Paquet geschwollener, grauweisslich infiltrirter Lymphdrüsen von der Grösse eines kleinen Apfels hat sich grade vor der Bifurcation gelagert, so dass dieselbe und der Anfangstheil des rechten bronchus beträchtlich comprimirt wurde, wodurch ein Erstickungstod erfolgen musste. Die Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfes ist odömatös geschwellt, sonst aber glatt und blass ohne irgendwelche Bläscheneruption. Die hochgradigste Veränderung

zeigte die Milz. Sie war enorm geschwellt, von lockerer heller Pulpa und durchsetzt von einer grossen Anzahl lymphatischer Geschwülste von ungefähr Haselnussgrösse. Das Aussehen der Operationswunde war von ganz gutartiger Beschaffenheit. — Die ganze Haut ist bedeckt mit einer Unzahl von Blasen und Bläschen, die von Stecknadelspitzen-Grösse bis zu der einer Bohne variiren und zum Theil (die kleineren) eine glasig-helle Beschaffenheit, zum Theil einen hämorrhagischen eitrigen Charakter haben (jedenfalls Leichenprodukt.) Ein Theil derselben ist eingetrocknet zu Borken. — Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Compression der Bifurkation der Trachea durch ein grosses Lymphdrüsenpaquet, multiple Lymphosarcomatosis; Residuen einer doppelseitigen croupösen Pneumonie; Impetigo contagiosa oder parasitaria (Kohn.)

Es handelt sich also im obigen Falle um ein acutes Bläschenexanthem von sehr wahrscheinlich contagiöser Natur. In der Ueberschrift citirte ich bereits für dieses Exanthem eine zwiefache Benennung, man könnte noch eine dritte hinzufügen: Pemphigus acutus; als solchen wollte es auch die Collegen, die den Fall Gelegenheit hatten zu sehen, aufgefasst wissen. Was wir über contagiöse Blasenausschläge wissen, ist eben wenig und wird einerseits unter der Bezeichnung Pemphigus acutus, andererseits als Impetigo cntagiosa (Fox und Kohn) und Impetigo parasitaria (Kohn) zusammengefasst. Von Professor Eduard Geber in Klausenburg wird aber die Wesenheit jener Impetigoformen bestritten und dieselben als identisch mit Herpes tonsurans vesiculosus hingestellt.

Insofern mir der Fall Franz Fremel für die eigenartige Existenz einer Impetigo parasitaria zn sprechen scheint, muss ich näher anf die ganze Streitfrage, wie sie Geber angeregt hat, eingehen. Ich erachte es aber für geboten, auch den Pemphigus acutus in diese Besprechung mit hineinzuziehen, da Mancher doch vielleicht meinen Fall als Pemphigus acutus auffassen könnte und möglicher Weise ähnliche Fälle unter dieser Bezeichnung fälschlich cursiren.

Der Pemphigus acutus ist unter der Bezeichnung „Schälblasen" schon in alten pädiatrischen Schriften anzutreffen, und seine starke Häufung zu gewissen Zeiten ist auch bereits bekannt. Hervieux beschreibt eine Pemphigusepidemie (1868) unter den Neugeborenen in der Maternité, dann folgten rasch ähnliche Mittheilungen von Olshausen, Ahlfeld, Abegg. Die ersten Epidemien hatten in geschlossenen Anstalten stattgefunden. Die weiteren Beobachtungen von Olshausen, Steffen, Klemm (in Leipzig) und Koch (in Wiesbaden) belehrten uns alsbald, dass auch unter der freilebenden Bevölkerung Epidemien vorkommen können. Die Affection stellte sich nicht blos als eine direkt von einem Kinde zum anderen übergehende dar, sondern sollte auch (vgl. den Bericht des Dr. Abegg im Jahrbuche der Kinderheilkunde Band 1876 S. 394) durch dritte Personen (besonders Hebammen) vermittelt werden. Gegen diese letztere Anschauung wendet sich Bohn (Jahrb. der Kinderheilkunde 1876 S. 304); er lässt als Ursache des Pemphigus acutus nur die Einwirkung starker äusserer Reize auf die zarte Haut des Neugeborenen gelten und führt eine solche

scheinbare Pemphigus-Epidemie auf den Umstand zurück, dass eine Hebamme alle ihre Pflegebefohlenen in Wasser von 31° C. zu baden pflegt. — Prof. Köbner hält auf jeden Fall die Existenz des Pemphigus acutus bei Kindern für bewiesen. Auch unter Erwachsenen soll er auftreten, aber äussert selten. Für den Pemphigus acutus bei Erwachsenen stellt Köbner (S. Archiv für Dermatolgie und Syphilis 1869 S. 211.) folgende Postulate auf: „Nach kurzen Prodromen und eingeleitet von deutlich ausgesprochenem Fieber und zwar kurz nach Invasion desselben, nicht in der 2. oder 3. Woche eines solchen, wie bei Typhus, Pneumonie, müssen sich direkt auf vorher intakter Haut, nicht sekundär aus vorherigen Primäreffloreszenzen, wie aus einer Urticaria, Herpes Iris oder Zoster, Blasen entwickeln, welche sich unter Fortdauer oder abwechselnder Exacerbation und Remission des Fiebers in wiederholten Nachschüben an verschiedenen Körperstellen ohne besondere Lokalisation erneuern und nach Ablauf von 2 bis 3, höchstens 4 Wochen müssen Fieber und Blasenausbrüche vollständig abgeschlossen sein, ohne dass die letzten später, insbesondere in einer fieberfreien Zeit, rückfällig werden. Wenn wir hiernach diese Art des Auftretens und des Verlaufes, d. h. den Nachweis der engen Verknüpfung und des paralellen Ganges von Blasenausbrüchen und Fieber als nothwendig zur Annahme einer acuten bullösen Phlyctanose zugeben, so glauben wir uns andrerseits im einzelnen Falle weder durch das Zusammentreffen des einleitenden Fiebers mit anderen, innern Veränderungen des Organismus oder überhaupt durch die Art der fiebererregenden Ursache,

welche verschieden sein kann, noch durch das gleichzeitige Erscheinen von Dermatitis geringeren Grades (Erythem, Herpesbläschen) an anderen Stellen der allgemeinen Decke in der Diagnose jener beirren zu lassen."

Klemm schildert ausführlich (S. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrgang 1872 S. 451) eine Epidemie von Pemphigus contagiosus. Er reiht die Krankheit unter die dem Kindesalter eigenthümlichen Exantheme, von denen sie sich nur durch einen minder typischen Verlauf unterscheiden soll. Er beobachtete sie in zwei neben einander liegenden Häusern; innerhalb 2 Monaten 26 Fälle. „Nach einem 1—3tägigen Unwohlsein mit abendlichen Fieberexacerbationen, welche sich vor jedem Nachschube zu wiederholen pflegten, entwickelten sich auf rothen Flecken 3—4 bis zu mehreren Dutzenden kleiner Blasen, die immer von einem rothen Hof umgeben waren. Die Menge und Grösse der Blasen variirten. Wo deren viele waren, gab es immer neben einigen grossen auch kleine Varicellen ähnliche, oder es waren auch nur kleine vorhanden, die aber dann immer noch grösser als die Varicella-Bläschen waren. Die Bläschen platzten ausserordentlich leicht und heilten meist nach 8—12 Tagen durch Epidermisbildung ohne Narben und ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, wenn man von den unbedeutenden Prodromalerscheinungen absieht. Bei 3 Kindern, wo ausserdem noch mehr Blasen auf Schleimhäuten (Conjunctiva, Wundschleimhaut) als in anderen Fällen sich entwickelt hatten, war der Verlauf ein bösartiger. Es bildeten sich an den Stellen der Haut und Schleimhaut, wo Blasen ge-

sessen hatten und geplatzt waren diphteritische Belege. und es entwickelten sich bei den betreffenden Kindern auch ein diphtheritisches Allgemeinleiden heraus. Impfversuche mit dem Inhalte frischer Blasen auf einen Hund fielen negativ aus. Die mikroskopische Untersuchung liess keine Pilzspuren im Blaseninhalt nachweisen.“ — Noch ein anderes Citat über Pemphigus acutus von Hebra selbst (S. Lehrbuch der Hautkrankheiten Hebra-Kaposi 1874, S. 385) erlaube ich mir hier beizufügen. „Wir waren nie so glücklich, einen Pemphigus acutus zu beobachten und basiren uns hier nicht nur auf die vielen unserer speciellen Obhut anvertrauten Kranken, sondern wir können auch die Erfahrungen aller unserer Collegen sowohl im hiesigen allgemeinen Krankenhause, als in sämmtlichen Krankenanstalten Wien's in die Wagschale legen — und dies repräsentirt in 30 Jahren circa eine Million Kranke — und unter dieser enormen Zahl ist noch immer kein solcher Fall von acutem, typisch nach Art der Exantheme verlaufenden Pemphigus vorgekommen. Die Fälle, von Pemphigus acutus, welche berichtet worden, zeigte immer nach Monaten oder Jahren Recidive und es handelte sich demnächst stets um chronischen Pemphigus.

Sehen wir nun gar ganz davon ab, dass Hebra den Pemphigus acutus überhaupt in Abrede stellt, so müssen wir in Rücksicht auf unserm Fall Fremel jedenfalls zugeben, dass derselbe sich keineswegs deckt mit dem von Klemm und Köbner aufgestellten Krankheitsbilde. Wir haben in unserm Falle kein vorangehendes Unwohlsein mit abendlichen Fieberexacesbationen; die einzelnen

Bläschen standen in ganz normaler Umgebung und waren von keinem rothen Hof umgeben; nirgends war eine Eruption auf den Schleimhäuten zu sehen. —

Welche Bewandniss hat es nun mit der Impetigo contagiosa? — Tilburg Fox. (Vgl. Archiv für Dermatologie und Syphilis Jahrg. 1871, S. 590) hat zuerst eine ansteckende Form von Impetigo faciei beschrieben, welche häufig genug vorkommt und bisher angeblich mit dem Eccema impetiginosum faciei und anderen Affectionen zusammengeworfen wurde. Er beschreibt ihn in seinen seinem Werke über Hautkrankheiten (Skin diseases by Tilburg Fox, London 1864) als einen zumeist bei jugendlichen Individuen der ärmerer Volksklasse vorkommenden blasigen oder mehr pustulösen Ausschlag, dessen Efflorescenzen unter geringen Schmerzempfindung getrennt, von einem röthlichen Hof umgeben, vorwiegend im Gesichte, aber auch an Hals, Nacken und Extremitäten auftreten. Die Basis derselben ist oberflächlich ulcerirt, und während der Inhalt der eigentlichen Efflorescenz zu einer schmutzig braunen Borke eintrocknet, schreitet der Prozess ringsum centrifugal in Form der unter der Epidermis sich ansammelnden Flüssigkeit weiter fort. Fox hält dieses Exanthem für contagiös und wählt dafür die Bezeichnung Impetigo contagiosa. — Auch Taylor (Vgl. Jahresberichte über die Fortschritte der Medicin 1872, Bd. 2 Pag. 584) beobachtete mehrere Fälle der von Fox beschriebenen Impetigo contagiosa und behauptet, dass die Krankheit vorzüglich in einzelnen Bläschengruppen auftrete. Taylor unternahm auch eine Impfung des serösen Inhalts auf den Arm eines Arztes, indem er

scarificirte und Krusten von Impetigo darauf befestigte. Das Resultat war positiv, allein das Experiment ist nicht genügend beweiskräftig für die Contagiosität, da nur an der Impfstelle pustelartige Erscheinungen auftraten. Taylor sah wie Fox das Contagiöse in dem Eiter der Bläschen. — Gegen die von Fox aufgestellte Behauptung einer Impetigo contagiosa aber hat vornehmlich, wie Geber richtig bemerkt, das von ihm gelieferte klinische Bild, welches mit den sonst bekannten Begriffen eines kontagiösen Ausschlages nicht recht vereinbar ist, von vorne herein Bedenken erregt. „Es ist nämlich bisher in der Dermato-Pathologie ausser jedem Analogen, dass ein impetiginöser Ausschlag, wie er von Fox beschrieben wird, übertragbar sei; dazu kommt aber noch, dass die Schilderung seines Krankheitsbildes selbst eben nicht Vertrauen erweckend lautet. Denn bald spricht er von varicellaartigen Blasen, von rupia-artigen Pusteln und dann von oberflächlichen Ulcerationen, die er denen durch Lupus hervorgerufenen gegenüberzustellen für nothwendig erachtet. Jenes einzige Moment aber, dass der Ausschlag häufig in einer Familie gleichzeitig mehrfach auftritt, hat, ohne eine Uebertragung selbst nachweisen zu können, wenig Beweiskraft.“ — Dem Gesagten zufolge dürfte es als überflüssig erscheinen erst eine Paralelle ziehen zu wollen zwischen der Symptomenreihe in unserem Falle und der, wie sie Fox für seine Impetigo contagiosa behauptet. Scheint doch überhaupt die Impetigo contagiosa als solche, wie sie Fox uns schildert, ein Unding zu sein.

Kohn (Kaposi), der ebenfalls wie von der Betrachtung

gewisser Formen von Eccema impetiginosum faciei ausging, gelangte durch seine Untersuchungen zur Aufstellung der Impetigo parasitaria. Kohn berichtet hierüber (S. Wiler medicianische Presse Jahrg. XII. Nr. 23.) wie folgt: Seit Jahren sind mir gewisse Krankheitsformen aufgefallen, welche man gemeiniglich als Eccema impetiginosum faciei (Impetigo sparsa, Militagra flavescens etc.) bezeichnet, und welche meistens bei jugendlichen Individuen, und zwar auf der Haut des Gesichtes, des behaarten Kopfes, der Hals und Nackengegend sich vorzüglich lokalisiren. Dieses als acutes Ecem imponirende Krankheitsbild unterscheidet sich jedoch in seiner Grundanlage und seiner Weiterentwickelung und darum auch in seinem äusseren Ansehen, ebenso auch in seinem Verlauf und seinen ätiologischen Momenten sehr wesentlich von dem eigentlichen Eccem. Beim akuten Eccem finden wir auf einer diffus gerötheten und entzündlich infiltrirten Hautstelle eine dicht gedrängte oder mehr zerstreute Eruption von rothen Knötchen, die in der Höhe der Entwickelung zu Bläschen werden, schliesslich als Bläschen platzen und zu einer gelben Borke eintrockenen, nach deren Wegfallen die darunter bereits mit Epidermis bedeckte Hautpartie noch für länger Zeit roth bleibt und schuppt. Ganz anders bei dem in Rede stehenden, scheinbar eccematösen Krankheitsbilde, Hier entstehen disserminirte, isolirte, stecknadelkopf bis über linsengrose, mit wasserklarer Flüssigkeit gefüllte Bläschen und Blasen, deren zarte Decke leicht plazt. worauf sie zu einer Borke eintrocknen. Fällt die Borke spontan ab, so hinterlässt sie einen bereits mit Epidermis überhäuteten, blaurothen,

nicht schüppenden rothen Fleck. Die Bläschen und Blasen können an verschiedenen Stellen, ganz ohne regelmässige Anordnung und zu ungleichen Zeiten zur Entwickelung. Auch fehlt vollständig das Jucken, welches beim Eccem stets vorhanden ist, weshalb man auch bei Letzerem es vielfach mit Kratzeffeckten zu thun hat. — Kohn erwähnt auch, dass manche Fälle dieser Impetigo durch das zum Theil gruppenweise Auftreten der Bläschen an die circinären Bildungen von Herpes, durch die Grösse der Blasen manchmal an Pemphigus acutus erinnern, dass aber eine genauere Untersuchung in solchen Fällen stets die Eigenart der Impetigo erweise, Das häufige Vorkommen dieser Inpetigo-Form in Schulen, zwischen Geschwistern überhaupt zwischen Leuten, wo Ansteckung leicht möglich, führte Kohn ebenfalls an. Ihm erklärt sich auch so der Umstand, wesshalb Kliniker und Praktiker nicht gar so selten bei Kindern und jugendlichen Personen sogenannten „Ecceme“ des Gesichts unter Verhältnissen gesehen haben wollen, welche der Vermuthung einer stattgehabten Ansteckung von Individuum auf Individuum Raum geben. In dem Sinne Kohn's giebt es also allerdings eine Impetigo contagiosa (die aber keineswegs identisch mit der von Fox aufgestellten Impetigo contagiosa) und meinen Fall Franz konnte ich auch deshalb, insofern er dieselbe Symptomenreihe zeigte, wie sie Kohn geschildert, als Impetigo contagiosa Kohn bezeichnen. Später fand Kohn bei der mikroskopischen Untersuchung der Bläschendecken einen Pilz, (S. Wiener medicinische Presse Jahrg. XII. Nr. 24 der in Rücksicht auf die Dünnheit seiner Mycel-Fäden und den Charakter seiner

Fruchtorgane ganz eigner Art sein und keine Aehnlichkeit mit den bisher bei den Mycosis-Formen der Haut (Favus. Herpes tonsurans, Eccema marginatum, Sycosis parasitaria, Pithyriasis versicolor) beschriebenen Pilzen haben soll. Kohn wählte daher für seine Exanthemform die passendere Bezeichnung Impetigo parasitaria. Wie schon oben erwähnt war in meinem Falle leider die mikroskopische Untersuchung unterblieben, allein bei der sonst vollständigen Identität meines und der Kohn'schen Krankheitsbilder, lässt sich mit ziemlicher Sicherheit vermuthen, dass die mokroskopische Untersuchung dasselbe Resultat ergeben haben würde, und ich stehe daher nicht an zu behaupten, dass ich es ebenfalls mit einer Impetigo parasitaria zu thun hatte. — Ich wende auch nun gegen die Auslassungen von Prof. Geber, der an der Hand zweier Fälle sich berechtigt glaubt, die Existenz der Impetigo contagiosa in Abrede zu stellen. In kurzen Umrissen dargestellt gestalteten sich die beiden Geber'schen Fälle (S. Wiener medicinische Presse 1876, Nr. 23—24) folgendermassen:

I. Fall. Der 20jährige Kellner G. A. wird wegen eines Blasenausschlages auf die Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis aufgenommen. Anamnestisch giebt der Patient an, dass er sich vor 4 Wochen Geschwüre in margine praeputii phimotici zugezogen hat, welche sich innerhalb der folgenden Zeit, da er ohne ärztliche Behandlung blieb, verschlimmerten. Nachdem die Beschwerden am Penis sich von Tag zu Tag steigerten, und Patient 3 Tage vor dem Spitaleintritte im Gesichte einen mit der Genitalaffektion in Zusammenhang zu stehen

scheinenden Ausschlag bekommen hat, sah er sich veranlasst, die Spitalshilfe aufzusuchen. Ueber die Ursache des Ausbruchs dieser Blaseneruption vermag der Kranke absolut keine Auskunft zu geben. Der status praesens war folgender: Im Gesichte finden sich zerstreut und ohne bestimmte Anordnung hirsekorn-, linsen- bis pfenniggrosse Blasen vor, von denen die kleineren mit einer wasserklaren Flüssigkeit gefüllt, gespannt aussehen, während die grösseren von ihnen eine mehr runzlige oder beutelförmig hängende Decke besitzen und an der tiefsten Stelle ein milchglasig trübes Aussehen zeigen, Die Umgebung der Blasen blass, und es sind weder in der Nähe derselben noch sonst wo an der Haut Flecken oder Reizungserscheinungen zu bemerken. An einzelnen Stellen sind die Blasen bereits zu gelben Borken eingetrocknet. Der Blasenausschlag beschränkt sich auf das Gesicht und die angrenzende Halspartie. —

II. Fall. Emilie K. wird am 5. Januar wegen eines Blasenausschlages im Gesichte aufgenommen. Aus einer Mittheilung der Patientin geht hervor, dass ohne vorangegangene Veranlassung am Morgen des 17. December der letzvergangenen Jahres $^1/_2$ Cm. unter dem rechten Mundwinkel eine erbsengrosse Blase sich vorgefunden hat, wozu im Verlaufe desselben Tages an der linken Backe ein diffuses leichtes Jucken getreten ist. Am folgenden Morgen waren an dieser Stelle mehrere Blasen aufgeschossen, die sich bis zum Abende noch um eine ansehnliche Anzahl vermehrten. Etwa am 6. Tage der Erkrankung hat Patientin jene Gegenden des Gesichtes,

wo bereits Blasen vorhanden waren, durch 2 Tage mit Nussöl eingeschmiert, und da — wie sie meinte — selbst nach diesem therapeutischen Eingriffe die Blasen nicht nur fortbestanden, (im Gesichte sich sogar vermehrt hatten,) sondern noch über den Stamm ein anderer Ausschlag sich auszubreiten anfing, so sah sich Patientin veranlasst, die Spitalshilfe in Anspruch zu nehmen. Es ergab sich folgender status praesens: Im Gesichte finden sich allenthalben zerstreut mohnkorn- bis erbsengrosse mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blasen, die im Uebrigen ganz das Aussehen wie die im ersten Fall beschriebenen zeigten. Schreitet man in der Besichtigung vom Gesichte gegen den Hals und Nacken vor, so wird man hier ausser den Blasen auch noch Efflorescenzen anderer Art gewahr. Die jüngsten resp. kleinsten zeigen rundliche 2—3 Mm. grosse, röthliche, im Centrum mit zarten Schüppchen bedeckte Flecken, während die weiter entwickelten, etwa 5—6 Mm. grossen kreisförmigen Stellen deutlich den Charakter des Herpes tonsurans aufweisen. Diese sind im Centrum abgeblasst, mit leicht runzliger Epidermis versehen und tragen an den pheripheren Theilen grössere Schüppchen oder mehr den Follikeln entsprechende, winzige, bröckliche Börkchen. — Auf Grund dieser beiden Beobachtungen erklärt Geber die Impetigo contagiosa für identisch mit Herpes tonsurans vesiculosus. Auf Grund des ersten Falles wagte Geber diese Behauptung nicht. Er will nur bei der mikroskopischen Untersuchung desselben auf Pilzkeime das Fehlen jener Fruktifikationsorgane bemerkt haben, wie sie Kohn ausführlich bei seinen Präparaten beschreibt.

Geber hält diese Gebilde daher für accessorisch und ganz zufälliger Natur. Hierüber kann ich mit Geber nicht streiten, da mir eigene Untersuchungen mangeln, ebensowenig darüber, wenn er angiebt, dass in seinem zweiten Fall die Pilzkeime ganz so wie die bei Herpes tonsurans sich findenden aussahen. Aber der Einwand scheint mir berechtigt zu sein, ob der Fall Emilie K., auf den er sich hauptsächlich bei seiner Beweisführung stützt, überhaupt unter die Rubrik gehört, die Kohn durch die Aufstellung seines Symptomencomplexes so scharf charakterisirt hat. Geber äussert sich hierüber wie folgt: „Nimmt man (in dem Falle Emilie K.) nur den blasigen Theil des Ausschlages — und dieser bietet ja Kohn die entscheidenden Merkmale für seine Impetigo faciei, — so wird Niemand an der vollständigen Gleichartigkeit mit den von ihm beschriebenen Fällen zweifeln können, die übrigen Stellen weichen freilich in dem Masse ab, als an diesen exquisiten Herpes tonsurans zugegen ist. Aber eben dieses unverkennbare Untereinanderandergemengtsein der Efflorescenzen muss jedem Beobachter unwillkürlich die Frage aufdrängen, in welcher Beziehung dieser Blasenausschlag zum Herpes tonsurans stehen mag. Sind diese blos zufälliger Weise nebeneinander gerathen oder liegen dabei causale Momente vor?— Allerdings wird hier Niemand zwei verschiedene Prozesse annehmen, wo es überhaupt klar ist, dass man es nur mit verschiedenen Entwickelungsformen von Herpes tonsurans zu thun hat. Aber wer wird überhaupt bei diesem Bläschenausschlage an die Impetigo contagiosa denken, wo das Bild ein ganz anderes, als es Kohn für seine Krankheits-

form hingestellt hat. Wo ging bei den Kohn'schen Fällen Jucken dem Exanthem voran, das hier anamnestisch angegeben wird und sicherlich durch Kratzen zur Bläscheneruption führte? Warum fanden sich in keinem einzigen Kohn'schen Fälle Formen, die nur irgendwie an Herpes tonsurans hätten erinnern können, wo doch Kohn so viel Uebergangsformen erwähnt, die wohl den Gedanken aufkommen lassen, als hätte man es mit Pemphigus acutus, Herpes circinatus u. dgl. m. zu thun.

Auch der von mir citirte Fall spricht unverkennbar für die Eigenart der Impetigo contagiosa resp. parasitaria; auch aus meinem Krankheitsbilde lässt sich nirgends eine Analogie mit Herpes tonsurans herauslesen. Insofern scheint mir mein Fall noch ganz besonderes Interesse zu bieten, als durch ihn die Contagiosität der Impetigo parasitaria ziemlich erwiesen ist, und weil bei demselben die Eruption über den ganzen Körper auftrat, während sie bisher blos am Kopf und Nacken beobachtet wurde.

Lebenslauf.

Verfasser, geboren den 15. December 1854 zu Ostrowo in der Provinz Posen, besuchte daselbst das Gymnasium und absolvirte an dieser Anstalt das Abiturientenexamen im September 1872. Noch im selbigem Jahre bezog er die hiesige Universität und widmete sich auf dieser dem Studium der Medizin. Ende Januar dieses Jahres erlangte er hier nach Ablegung des Staatsexamens die Approbation als Arzt.

Verfasser besuchte während seiner Studienzeit die Institute und Vorlesungen der Herren Professoren und Privatdocenten: Barkow, Berger, Biermer, F. Cohn, H. Cohn, Cohnheim, Fischer, Förster, Fränkel, Grosser, Grube, Gscheidler, Haeser, Hasse, Haidenhain, Löwig, Maas, Maier, Neumann, Römer, Spiegelberg, Voltolini.

Allen diesen Herren spricht er hierdurch seinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

1) Bei der blennorhoischen Ophthalmie ist die Applikation von kalten Wasserumschlägen verwerflich.
2) Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch die Douche nach Kiwisch ist die beste.
3) Die Entdeckung des Sehpurpurs erklärt keineswegs vollständig alle Vorgänge des Sehens.